

## **GE\_GERICHTE ATAS/520/2020 vom 25. Juni 2020**

GE Cour de justice, 2020-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_520\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_520_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/520/2020 du 25 juin 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/520/2020 del 25 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable

#### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

#### **E. 4**

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2). En l'espèce, dans la décision attaquée, l'intimé a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel. Dans son recours, l'assuré se limite à requérir l'octroi d'une rente, sans remettre en question le refus de l'intimé de lui accorder des mesures d'ordre professionnel. Est donc seul litigieux, devant la chambre de céans, son droit éventuel à une rente d'invalidité.

#### **E. 5**

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins,

A/1338/2019 - 11/18 - à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente

prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

#### **E. 6**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

#### **E. 7**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès

A/1338/2019 - 12/18 - lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles

étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

## **E. 8**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin

A/1338/2019 - 13/18 - indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du

médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

### **E. 9**

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

### **E. 10**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi

A/1338/2019 - 14/18 - reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

### **E. 11**

En l'espèce, la décision du 1er mars 2019, fondée sur l'expertise orthopédique réalisée par le Dr E\_\_\_\_\_ en août 2016 et sur l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr J\_\_\_\_\_ en octobre 2018, retient que la capacité de travail de l'assuré est nulle, depuis juillet 2014, dans sa profession antérieure d'exportateur de voitures, mais entière, depuis février 2016, dans toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au 1er mars 2016, six mois après le dépôt de sa demande (art. 29 al. 1 LAI), son degré d'invalidité était nul, partant insuffisant pour permettre l'octroi d'une rente d'invalidité ou de mesures d'ordre professionnel. De son côté, le recourant reproche à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit son dossier en n'évaluant pas les répercussions sur sa capacité de travail de ses atteintes de la colonne vertébrale, de l'estomac et des yeux. En outre, il juge l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ incomplète, dans la mesure où l'expert n'a pas précisé depuis quand l'on pouvait exiger de lui qu'il exerce à 100% une activité adaptée à ses limitations. Il ajoute que l'expert E\_\_\_\_\_

n'a pas pu se prononcer sur l'influence du traitement qu'il a subi pour sa tumeur de l'estomac. S'agissant de ses médecins, il relève que la Dresse I\_\_\_\_\_ a estimé sa capacité de travail à 50% depuis mai 2017, tandis que le Dr G\_\_\_\_\_ l'a jugé incapable d'exercer la moindre activité professionnelle. Eu égard à ces éléments, le recourant estime que l'administration ne pouvait retenir une capacité résiduelle de travail de 100% dès le mois de février 2016. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

#### **E. 12**

a. Sur le plan psychiatrique, la chambre de céans constate que l'intimé a instruit la cause de manière satisfaisante en ordonnant une expertise. L'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ est fondée sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion détaillée, dont on précisera qu'elle reprend à juste titre la grille d'analyse prescrite par la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6-7 ; ATF 141 V 281 consid. 4.3-4.4). En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante. b. Après avoir exposé que l'assuré avait développé, dès 2017, des troubles dépressifs moyens, puis légers, dont il a apprécié les éventuelles répercussions sur la capacité de travail à l'aune des indicateurs prescrits par la jurisprudence, l'expert J\_\_\_\_\_ est parvenu à la conclusion que l'assuré présentait, depuis 2017, une pleine capacité de travail, y compris dans son activité antérieure, qui était adaptée. L'expert a en outre précisé que les troubles dépressifs (non incapacitants) avaient de bonnes chances de guérison, moyennant un changement d'antidépresseur. Il n'y

A/1338/2019 - 15/18 - a pas lieu de s'écarter du point de vue de l'expert. Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait reprocher à l'expert d'avoir omis de fixer avec précision le moment à partir duquel une activité adaptée pouvait être exercée, dès lors qu'il ressort clairement de son rapport que les troubles dépressifs apparus dès 2017 n'ont pas entravé la capacité de travail, quelle que soit la profession envisagée. S'agissant de la psychiatre traitante, elle chiffre certes la capacité résiduelle de travail à 50% depuis mai 2017, soit depuis que le recourant l'a consultée. Toutefois, cette praticienne se livre à une simple appréciation divergente de la capacité de travail, sans faire état d'un quelconque élément objectif qui pourrait avoir été ignoré par l'expert J\_\_\_\_\_. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert-psychiatre. C'est le lieu de rappeler que pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert(e) aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3).

#### **E. 13**

a. Sur le plan somatique, il convient de rappeler que dans sa demande de prestations, l'assuré avait fait valoir une fracture du plateau tibial du genou gauche. Afin d'en évaluer les répercussions sur sa capacité de travail, l'intimé a confié une expertise au Dr E\_\_\_\_\_, lequel a examiné l'assuré le 25 août 2016. b. La chambre de céans constate que cette expertise satisfait, d'un point de vue formel, aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante, dès lors qu'elle repose sur un examen complet des

membres inférieurs, effectué en connaissance du dossier médical, que le Dr E\_\_\_\_\_ a tenu compte des plaintes de l'assuré et qu'il a motivé ses conclusions. Sur ce point, il convient de relever que si l'expert a jugé « délicat » d'évaluer depuis quand l'exercice d'une profession adaptée pouvait être exigé – compte tenu du fait qu'un traitement de physiothérapie était toujours en cours – il a néanmoins indiqué que l'exercice d'une activité professionnelle en position assise était « actuellement » possible, à condition que l'assuré puisse accéder à son poste de travail avec ses cannes. On peut en déduire qu'à la date à laquelle il a été expertisé, soit le 25 août 2016, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses troubles du genou gauche. c. Certes, l'intimé a retenu que l'assuré était pleinement capable d'exercer toute activité adaptée dès le mois de février 2016 déjà, en se fondant sur un très bref rapport émanant du Dr C\_\_\_\_\_. Toutefois, on ne saurait considérer que l'assuré était alors déjà pleinement capable d'exercer une activité adaptée, puisque dans son rapport de février 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a jugé prématuré de se prononcer sur une reprise d'activité professionnelle. De surcroît, dans un rapport subséquent établi en

A/1338/2019 - 16/18 - mars 2016 et exempt de toute motivation, le Dr C\_\_\_\_\_ n'a envisagé l'exercice d'une activité adaptée qu'à partir du mois de juin 2016 (à 50%). La chambre de céans retiendra donc que c'est depuis le 25 août 2016, date de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ (et non depuis le 2 février 2016), que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations.

#### **E. 14**

a. Cela étant, postérieurement à l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, l'état de santé somatique du recourant pourrait s'être aggravé, dès lors que des troubles lombaires semblent s'être ajoutés aux problèmes du genou gauche, le dossier ne permettant toutefois pas en l'état de se prononcer sur ce point. En effet, il ressort notamment d'un rapport du Dr F\_\_\_\_\_, daté du 6 avril 2017, que l'assuré a souffert d'un syndrome radiculaire au niveau L5. Dans son rapport du 7 avril 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé l'existence d'une lombosciatalgie gauche, avec atteinte sensitivo-moteur L5. Par ailleurs, il ressort d'un bilan IRM du Dr M\_\_\_\_\_ que l'assuré s'est vu diagnostiquer, le 30 janvier 2019, une discopathie dégénérative modérée (D10-D11 ; D11-D12 et D12-L1), avec des protrusions disco-ostéophytaires postérieures, ainsi qu'une arthrose interapophysaire postérieure bilatérale (L4-L5). Cette éventuelle aggravation de l'état de santé est intervenue avant que l'intimé ne rende sa décision, en date du 1er mars 2019, et n'a pas été instruite par ce dernier. Or, selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Par la suite, il n'est pas exclu que des aggravations subséquentes soient intervenues, dès lors que l'assuré a été opéré, en janvier 2020, d'une hernie inguinale. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il complète l'instruction – au moyen d'un complément d'expertise, voire d'une nouvelle expertise – au sujet de l'évolution de l'état de santé du recourant et de sa capacité de travail postérieurement au 25 août 2016, date de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, notamment en ce qui concerne ses atteintes dorsales. b. En revanche, contrairement à ce que voudrait le recourant, il n'apparaît a priori pas nécessaire d'étendre ce complément d'instruction aux atteintes dont il se prévaut au niveau de l'estomac et des yeux, puisque son propre médecin généraliste, le Dr B\_\_\_\_\_, a conclu qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Ce praticien l'a d'ailleurs confirmé à l'occasion d'un entretien

téléphonique avec le SMR (cf. rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2015 et avis du SMR du 23 février 2017). c. À défaut d'instruction complète par l'intimé, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail, partant sur le degré d'invalidité et le droit aux prestations. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 1er mars 2019 et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

A/1338/2019 - 17/18 -

#### **E. 15**

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

#### **E. 16**

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 300.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). \*\*\*\*\*

A/1338/2019 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.